

Washington State Combined Application Program (WASHCAP)
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВСТУПЛЕНИЕ В ПРОГРАММУ WASHCAP
WASHCAP APPLICATION

Ставя свою подпись ниже, я заявляю, что:

- Мне рассказали о программе WASHCAP;
- Мне вручили брошюру о программе WASHCAP;
- Я понимаю свои права и обязанности в рамках программы WASHCAP; и
- Я решил воспользоваться льготами программы WASHCAP.

Я заявляю, что:

- Я проживаю отдельно или же покупаю и готовлю себе пищу отдельно от остальных жильцов моего дома.
- Я плачу _____ долларов в месяц за аренду / по закладной.

Я понимаю, что:

- Если я затрачиваю более 35 долларов в месяц на медицинские расходы, я могу предпочесть подать заявление о предоставлении мне продовольственной помощи в рамках обычной программы продовольственной помощи, а не программы WASHCAP; или
- Я могу предпочесть подать заявление о предоставлении мне продовольственной помощи в рамках обычной программы продовольственной помощи, а не программы WASHCAP, если размер такого пособия больше.

Я заявляю, что, насколько мне известно, все сведения, приведенные в данном заявлении, соответствуют истине и изложены верно. Мне известно, что если я не указал или неточно отразил какую-то информацию на этой форме, по законам штата Вашингтон это может считаться лжесвидетельством.

НАПИШИТЕ Ф.И.О. ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИАИ
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА

АДРЕС

ТЕЛЕФОН

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ СООБЩЕНИЙ/
СОТОВОГО ТЕЛЕФОНА

ПОДПИСЬ

ДАТА